

Entendiendo la reciente “reforma” sanitaria

Poco después de promulgada la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Económico, muchos citaron entre sus beneficios el hecho de que hacia el 2019, unos 30 millones de personas en los Estados Unidos, incluidos casi dos tercios de los 45.000 residentes sin seguro de salud del condado de Santa Cruz, estarían cubiertos, y que muy pronto, las personas menores de 26 años podrían ahora estar incluidas en los planes de salud de sus padres.

¿Son éstas buenas noticias y debemos abrir la botella de champagne y celebrar? Todavía no. He aquí algunos hechos puntuales para que evalúe el lector:

Primero: el seguro de salud es sólo un medio para el objetivo final: la atención de la salud. Sin embargo, la “cobertura” prometida es como un paraguas lleno de agujeros bajo una lluvia torrencial. Enterrados bajo los cientos de páginas de la ley, se descubren planes que pagan sólo el 60 % de los “servicios cubiertos”, y cuáles serán esos servicios es difícil de saber.

Sí sabemos, sin embargo, que habrá “cuatro niveles” de cobertura, de precios diferentes según los servicios que cubren. ¿Cuál imagina el lector que será el factor que determine la “elección” de nivel por parte de la gente? Muy probablemente, no serán sus necesidades médicas.

También sabemos que una cobertura limitada puede ser tan mala como la ausencia de ella. Investigadores de Harvard han calculado que casi el 80 % de las quiebras por atención médica se producen entre quienes tienen seguro de salud. Sin embargo, los deducibles, co-pagos y co-seguros tornan inútiles sus pólizas y, en última instancia, la atención de la salud se vuelve imposible de costear.

En cuanto a los “beneficios máximos de por vida”, muchos de quienes son empujados a la quiebra ya lo son mucho antes de alcanzar dichos máximos – los que, por otra parte, sólo se aplican a los “servicios cubiertos”. Los servicios

“no cubiertos”, sin perjuicio de cuánto los necesitemos, estarán a cargo nuestro.

Segundo: permitir la “inclusión” de los hijos en el plan de los padres – suponiendo que los mismos tengan uno – es una “ventaja” sólo ante la falta de otra opción. Pero, por supuesto, esta alternativa es falsa. Los jóvenes de todos los países industrializados tienen derecho a la atención de la salud desde que nacen, y no necesitan una ley que les “permita” estar incluidos en el seguro de los padres más allá de una edad determinada. Sus gastos médicos son pagados por un fondo común y cooperativo de ahorros a los que todo el mundo aporta una proporción de sus ingresos, ya sea en forma de impuestos, o un porcentaje del sueldo, o una combinación de ambos.

En estos países, que ofrecen seguro social de salud, está virtualmente prohibido lucrar con servicios médicos necesarios mediante la venta de pólizas.

Por supuesto, lo que no está incluido en el “paquete básico” se puede comprar, ya sea mediante un seguro privado o pagando en efectivo. Pero lo que importa realmente es que en estos países la gente paga en salud una fracción de lo que pagamos nosotros, reciben en promedio mejores y más servicios, y no dejan a nadie afuera.

Tercero: la promesa de que las aseguradoras ya no podrán cancelar pólizas es la mayor de las estafas. Todavía podrán cancelarlas por “fraude”, la causa número uno de cancelación que han alegado hasta ahora las aseguradoras cuando la gente se enferma.

Por último, la ley dejará a 23 millones de personas sin seguro para 2019, según la Oficina de Presupuesto del Congreso. Esto se traducirá en 23.000 muertes por año, casi ocho veces más que las muertes en el atentado de las Torres Gemelas en Nueva York

¿Tenía que ser así? En absoluto. Si “todas las

opciones” hubiesen estado sobre la mesa, como prometió el presidente Obama, los estadounidenses habrían finalmente logrado lo que los residentes de otros países ricos han gozado durante décadas: la posibilidad de estar libres para perseguir nuestros sueños, incluyendo el trabajo de nuestros sueños, sin temor de que nosotros o nuestros seres queridos no podamos ver un médico.

Lamentablemente, había muchas fuerzas que se oponían, y aún se oponen. Como mostró la producción de PBS-Frontline “El pacto de Obama”, la administración concretó varios acuerdos secretos, y detrás del ojo del público, que resultaron en que la “reforma sanitaria” no fuera mas que la legalización de los deseos de una poderosa aseguradora, WellPoint Inc.

De este modo aprobó una ley que nos obliga a comprar los productos de mala calidad de una industria de pocos escrúpulos, en muchos casos, con subsidios de nuestros propios bolsillos. Así se ha consolidado la segunda mayor transferencia de riqueza de Main Street a Wall Street de la década, sólo precedida por la reciente transferencia financiera, el reciente (y continuo) “bail-out” a los banqueros.

¿Qué nos queda por hacer al pueblo estadounidense? ¿Nos queda alguna salida? Por supuesto que sí. Podemos apoyar el derecho de los estados de procurar los mejores medios para brindar atención de la salud a la población.

Este es el objetivo de la ley SB810, recientemente presentada al Senado de California por el senador Mark Leno. Esta ley implementaría un sistema de servicios de salud de financiamiento público, con prestaciones privadas, y un solo pagador, que brindaría cobertura completa (sí, incluidos servicios ambulatorios, internación, visión, odontología, salud mental, y más) a todos los residentes de California y permitiría la libertad de elegir lo que realmente importa – no “planes” que restringen servicios y profesionales, sino médicos y otros profesionales de la salud, y servicios necesarios – a un precio que, no sólo “el presupuesto

estatal”, sino los individuos y las familias puedan afrontar.

Los californianos podemos y debemos mostrar el camino al resto del país.

La Dra. Claudia Chaufan es profesora de Políticas de la Salud y Sociología en el Instituto para la Salud y la Tercera Edad en la Universidad de California en San Francisco, y vicepresidenta del Capítulo California de “Médicos por Un Programa Nacional de Salud”, una organización nacional que aboga por el Seguro Social Nacional según el modelo de pagador único.

(Gracias a Physicians for a National Health Program – California Chapter por permiso usar este artículo)